

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 60

ETUDE STATISTIQUE du POIDS et de la VITALITÉ
des ENFANTS
NÉS par ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ
PROVOQUÉ à la CLINIQUE OBSTÉTRICALE de LYON
de JUILLET 1927 à SEPTEMBRE 1930

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François BOYER

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né le 19 Octobre 1907 à GINESTAS (Aude)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

Etude statistique du poids et de la vitalité des enfants nés
par accouchement prématuré
provoqué à la clinique obstétricale de Lyon
de Juillet 1927 à Septembre 1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 60

ETUDE STATISTIQUE du POIDS et de la VITALITÉ
des ENFANTS

NÉS par ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ
PROVOQUÉ à la CLINIQUE OBSTÉTRICALE de LYON
de JUILLET 1927 à SEPTEMBRE 1930

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François BOYER

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né le 19 Octobre 1907 à GINESTAS (Aude)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COIET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie Interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. TIEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président* ; RHENTER, *assesseur* ;
CHALIER A. et ÉPARVIER, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE
LE COLONEL BOYER

Je leur dédie ce travail, gage infime
d'affectueuse reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il veuille bien accepter nos respectueux remerciements pour cette marque d'intérêt et pour l'enseignement dont il nous a fait bénéficier pendant le stage fait dans son service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RHENTER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSSILLON

Chef de Clinique Obstétricale

Il a été l'inspirateur de ce travail et nous a apporté une aide précieuse à sa réalisation. Nous avons trouvé auprès de lui l'accueil le plus affable. Nous lui en exprimons nos remerciements et notre vive reconnaissance.

A MES MAITRES DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES
DE MONTPELLIER ET DE LYON

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER ET DE LYON

Etude statistique du poids et de la vitalité des enfants nés
par accouchement prématuré
provoqué à la clinique obstétricale de Lyon
de Juillet 1927 à Septembre 1930

Introduction

Ne pas ménager suffisamment les intérêts d'un enfant, pouvant naître trop petit et d'une viabilité strictement théorique, a été pendant longtemps la principale objection faite à la méthode dite de l'accouchement prématuré provoqué dans les dystocies pelviennes et qui justifia à la fin du siècle dernier l'intervention de Pinard proscrivant cette méthode.

Il est, en effet, hors de doute, qu'à une époque où, non seulement, il n'était pas question d'épreuve du travail et de césarienne basse, mais encore, où l'on restreignait plus ou moins les interventions par voie abdominale, l'accouchement prématuré était provoqué dans des bassins chirurgicaux à une période de la grossesse où l'on risquait fort d'avoir des prématurés d'une débilité excessive.

Pratiquée dans ces conditions, la provocation de l'accouchement avant terme est une méthode unanimement rejetée par tous les accoucheurs. Aussi, dans

ce travail, nous ne nous proposerons pas de plaider le procès d'une cause en cours de jugement, mais d'apporter quelques éléments précis dans un débat encore ouvert.

Sans nous inquiéter des procédés, des difficultés possibles de l'accouchement prématuré provoqué, ou de la morbidité maternelle qui, de l'avis unanime, paraît avoisiner celle des accouchements normaux non provoqués, nous n'aurons en vue dans ce travail que l'état dans lequel est susceptible de naître un enfant venu au monde avant terme par décision obstétricale.

A la demande de notre Maître, M. le Professeur Voron, nous avons soigneusement dépouillé les observations de la clinique obstétricale de juillet 1927 à septembre 1930, pour établir en quelque sorte une suite à l'intervention qu'il eut l'occasion de présenter ainsi que M. le Professeur agrégé Rhenter, au Congrès de gynécologie et obstétrique de 1927 à Lyon, lors de la discussion du rapport de M. le Professeur Brouha sur la question qui nous occupe.

Soit dit sans anticipation, nous pensons que nos chiffres n'apparaîtront pas trop défavorables à la méthode de l'accouchement prématuré provoqué et que celle-ci n'a pu que tirer bénéfice des échanges de vue qui eurent lieu à ce moment.

Nous remercions M. le Professeur Voron de nous avoir confié le sujet de cette thèse et de l'amabilité avec laquelle il nous a reçu dans son service.

Toute notre gratitude va à M. le Docteur Banssillon, qui ne nous a regretté ni son temps ni ses conseils, la substance de ce travail lui appartient.

Données générales

Les accouchements prématurés provoqués qui ont été pratiqués pour retrécissement du bassin à la Clinique Obstétricale pendant une période d'un peu plus de trois ans, sont au nombre de 100.

Le procédé mis en œuvre dans tous les cas a été celui de Krause, par mise en place d'une sonde en gomme intra-utérine, soit qu'une seule bougie ait suffi à déclancher le travail, soit qu'il ait été nécessaire d'en introduire une deuxième au bout de 36 ou 48 heures.

Nous n'insisterons pas sur la technique de cette méthode qui déborderait le cadre de ce travail, mais nous tenons à faire remarquer qu'elle a été mise en pratique par des opérateurs différents, suivant les variations du personnel de la Clinique, sans que, pour cela, il en soit résulté des conséquences fâcheuses au point de vue maternel.

Par contre, les indications, seul point délicat, ont toujours été posées en tenant compte d'un double point de vue :

1° En ce qui concerne le pelvis, de plus en plus se fait jour la tendance d'éliminer les bassins trop redou-

tables que l'on peut objectivement fixer à moins de 8 cm. 5 de diamètre utile ;

2° Il faut tenir largement compte du poids probable du fœtus de façon à ne pas déterminer la naissance d'un enfant pesant moins de 2.500 gr.

Pour ce dernier point on fait intervenir deux éléments : une appréciation subjective du poids éventuel du fœtus in utero sur laquelle il n'existe pas de données absolument précises, et enfin un élément objectif, celui-ci, qui est de ne pas déclancher le travail avant 8 mois et demi de grossesse, sauf, cas particulier, d'enfant anormalement volumineux.

La fixation du jour de la mise en travail dépendra, non seulement, de l'appréciation exacte du type et du degré de rétrécissement basé sur l'examen digital, la mensuration du promonto sous-pubien et la radiographie métrique, mais encore, de l'examen, au besoin répété, de l'adaptation du pôle céphalique au détroit supérieur. Nous avons eu à plusieurs reprises, l'occasion de voir apprécier ce dernier point par M. le Professeur Voron. Nous savons l'importance qu'il attache à la mobilité de la tête fœtale perçue par le palper, et à l'appréciation de son débordement possible. Cette impression sera vérifiée par le toucher qui déterminera la bonne ou mauvaise constitution du segment inférieur ainsi que la descente de la présentation dans l'excavation, grâce à la pression sus-pubienne de la tête pratiquée par la main abdominale.

Enfin, en ce qui concerne les multipares, il sera tenu le plus grand compte de la façon dont se sont passés les accouchements précédents.

C'est en se basant sur ces principes que sont pratiqués à la Clinique Obstétricale les accouchements prématurés provoqués.

Les observations que nous allons rapporter, résumées, pour la commodité de la lecture, en des tableaux synoptiques, concernent un groupe de primipares et un autre de multipares. Dans chaque catégorie nous avons distingué une série de bassins de diamètre utile égal ou légèrement inférieur à 8 cm. 5, et un autre, où ce diamètre était supérieur à ce dernier chiffre.

Ces tableaux ne comprennent que les cas où l'on a obtenu des enfants vivants avec le seul accouchement prématuré provoqué.

Nous avons réservé un chapitre spécial aux succès de la méthode comprenant à côté des cas d'enfants morts pendant le travail, ou dans les 12 jours qui ont suivi, ceux dans lesquels on a été obligé d'adopter à l'accouchement prématuré provoqué une césarienne basse.

I. PRIMIPARES

1° Bassins de diamètre utile $\leq$ (1) 8,5

Nos	Nom et Age	Bassin D. U.	Date de la provocation	Durée du travail	Accouché	Poids
1	T., 24 ans	Bassin généra- lement rétréci D. U. = 8,5.	8 jours avant terme	14 h. 30'	Spontané	3.150
2	F., 23 ans	Bassin aplati et généralement rétréci annelé D. U. = 8,5.	8 mois 1/2	15 h.	Spontané	3.000
3	C., 20 ans	Bassin annelé D. U. = 8,5.	8 mois 1/2	69 h. Tr. long et irrégulier	Spontané	3.020
4	M., 27 ans	Bassin aplati et généralement rétréci D. U. = 8,5.	8 mois 1/2	26 h. 40'	Forceps pour insuffisance de contract.	2.730
5	M., 23 ans	Bassin surtout aplati et géné- ralement ré- tréci. D. U. = 8,5.	8 mois 2/3	9 h. 45'	Spontané	3.180

2° Bassins de diamètre utile $>$ 8,5

6	P., 22 ans	Bassin un peu généralement rétréci de pe- tite femme. D. U. = 9.	Voisinage du terme	47 h. 30'	Spontané	3080
7	F., 23 ans	Bassin généra- lement rétré- ci. D. U. = 8,7.	8 mois 1/2	13 h.	Spontané	2850
8	M., 27 ans	Bassin aplati, généralement rétréci, défor- mé par rachi- tisme. D. U. = 9.	8 mois 1/3	17 h.	Spontané	2450
9	J., 23 ans	Bassin de petite femme à os grêles. D. U. = 9-8,5.	8 mois 1/2	23 h. 30'	Spontané	2780

(1) $\leq$ Inférieur ou au plus égal.
 $>$ Supérieur.

N ^{os}	Nom et Age	Bassin D. U.	Date de la Provocation	Durée du Travail	Accouch ^t	Poids
10	M., 23 ans	Bassin aplati lé- gèrement asy- métrique. Luxation de la hanche. D. U. = 9.	8 mois 1/2	18 h.	Spontané	2890
11	R., 20 ans	Bassin générale- ment rétréci. D. U. = 9,5.	8 mois 1/2	17 h. 30'	Spontané	3620
12	M., 29 ans	Bassin aplati, généralement rétréci, canali- culé. D. U. = 9.	3 mois 1/2	20 h.	Spontané	2720
13	A., 35 ans	Bassin rétréci. D. U. = 9.	8 mois 1/4	30 h.	Dilatation manuelle du col. Forceps au D. S.	2830
14	A., 23 ans	Bassin aplati un peu asy- métrique. D. U. = 9.	8 mois 3/4	11 h. 40'	Spontané	3200
15	B., 19 ans	Bassin un peu généralement rétréci. D. U. = 9,5.	Voisinage du terme	2 h. 35'	Spontané	3320
16	M., 25 ans	Bassin aplati. D. U. = 8,5-9.	Voisinage du terme	8 h. 15'	Spontané	2820
17	K., 17 ans	Bassin générale- ment rétréci. D. U. = 9.	8 mois 1/2	14 h. 10'	Spontané	3450
18	O., 23 ans	Bassin aplati et généralement rétréci, à éta- ges. D. U. = 9.	8 mois 1/2	16 h. 40'	Forceps facile pour in- suffisance de contrac- tions.	2850
19	C., 23 ans	Bassin aplati et généralement rétréci, cana- liculé. D. U. = 9.	Voisinage du terme	26 h. 40'	Forceps facile pour in- suffisance de contrac- tions.	2960
20	M. 36 ans.	Bassin aplati. D. U. = 9.	Ne parle pas français.	30 h.	Spontané	3150

N ^{os}	Nom et Age	Bassin D. U.	Date de la Provocation	Durée du Travail	Accouch ^t	Poids
21	B. 20 ans.	Bassin aplati lé- gèrement ré- tréci. D. U. = 9.	8 mois 2/3	10 h. 30'	Spontané	3120
22	F. 22 ans.	Bassin aplati et généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 1/2	7 h. 50'	Spontané	2730
23	A. 21 ans.	Bassin générale- ment rétréci. D. U. = 9.	8 mois 1/2	31 h. 50'	Spontané	2600
24	G. 25 ans.	Bassin aplati et généralement rétréci. D. U. = 8,7.	8 mois 1/2	27 h.	Spontané	3040
25	D. 22 ans.	Bassin aplati et généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 3/4	28 h. 30'	Spontané	3000
26	G. 25 ans.	Bassin générale- ment rétréci, canaliculé. D. U. = 9.	8 mois 1/2	11 h.	Spontané	2900
27	B. 25 ans.	Bassin aplati et généralement rétréci. D. U. = 8,7.	8 mois 1/2	26 h. 45'	Forceps faci- le. Insuffi- sance des contractions	2900
28	D. 22 ans.	Bassin aplati et généralement rétréci. D. U. = 8,5-9.	8 mois 1/3	13 h. 30'	Spontané	2950
29	G. 26 ans.	Bassin plat de petite femme. D. U. = 9.	8 mois 3/4	18 h.	Spontané	3180
30	G. 20 ans.	Bassin surtout aplati. D. U. = 8,7.	8 mois 1/2	21 h. 30'	Spontané	3050
31	D. 19 ans.	Bassin aplati et généralement rétréci, canali- culé. D. U. = 9.	Voisinage du terme	24 h.	Spontané	3300
32	B. 22 ans.	Bassin aplati et généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 1/2	48 h.	Forceps facile	3350

N ^{os}	Nom et Age	Bassin D. U.	Date de la Provocation	Durée du Travail	Accouch ^t	Poids
33	G. 35 ans.	Bassin générale- ment rétréci. D. U. = 9.	8 mois 1/3	11 h. 15'	Spontané	3000
34	R. 27 ans	Bassin un peu généralement rétréci. D. U. = 9.	6 jours avant terme	32 h.	Forceps facile	3220
35	S. 28 ans	Bassin un peu transversale- ment rétréci.	8 mois 1/2	12 h.	Spontané	3550
36	C. 24 ans	Bassin à diamè- tre antéro-pos- térieur prédo- minant.	8 jours avant terme	27 h.	2 applica- tions (de forceps au D. S.	2720
37	T. 25 ans	Bassin un peu généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 3/4	21 h. 20'	Spontané	2620
38	P. 27 ans	Bassin aplati et généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 1/2	24 h.	Forceps facile	2850
39	L. 26 ans	Bassin générale- ment rétréci. D. U. = 8,7.	8 mois 3/4	20 h.	Spontané	2950
40	M.	Bassin générale- ment rétréci. D. U. = 9.	8 mois 3/4	21 h. 15'	Spontané	3400

II. MULTIPARES

Bassins de diamètre utile ≤ 8.5

N ^{os}	Nom et Age Accouchement antérieur	Bassin D. U.	Date de la Provocation	Durée du Travail	Accouch ^t	Poids
41	L. 30 ans. II pare. Mort né: 2.900 gr. Prés- entation d u siège.	Bassin aplati, ca- nalicié, rach- itique. D. U. = 8,5.	8 mois 2/3	4 h. 5'	Spontané	3250
42	D. 25 ans. II pare. Mort-né. Forceps et ver- sion.	Bassin aplati gé- néralement ré- tréci. D. U. = 8,5.	8 mois 1/4	10 h.	Spontané	3050

N ^{os}	Nom et Age	Bassin D. U.	Date de la provocation	Durée du travail	Accouch ^t	Poids
43	D. 22 ans. III geste. 1 ^{re} Faus. couché de 2 mois. 2 ^e Acc. prémat. spon- tané à 8 mois. Enfant de 1.950 gr.. Mort à 1 mois.	Bassin aplati gé- néralement ré- tréci D U = 8,5.	8 mois 1/2	44 h. 25'	Spontané	2570
44	R. 39 ans. V pare. 1 ^{re} For- ceps = mort- né. 2 ^e spontané = vivant. 3 ^e forceps = mort-né. 4 ^e forceps = vivant.	Bassin rétréci D U = 8,5	8 mois 1/2	7 h. 15'	Spontané	3400
45	V. 44 ans. II pare. Forceps sur enfant. 2.400 gr. Mort 14 ^e jour.	Bassin rétréci D U = 8,5	8 mois 2/3	8 h.	Spontané	2620
46	C. 28 a. II pare Spontané à terme. Enfant mort-né.	Bassin aplati gé- néralement ré- tréci D U = 8,5	8 mois 1/2	5 h. 15'	Spontané	3150
47	B. 34 a. II pare. Provoqué à 8 mois 2/3. En- fant vécu 36 heures. Signes de syphilis.	Bassin aplati gé- néralement ré- tréci, annelé. D U = 8,5.	8 mois 1/3	11 h. 15'	Forceps facile	3130
<i>Bassins de diamètre utile < 8,5</i>						
48	D. 35 ans. III pare. 1 ^{re} For- ceps impossi- ble. Version. Enfant mort. 4.000 gr. 2 ^e Version. Cra- niotomie sur tête dernière.	Bassin aplati, généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 1/2	15 h. 50'	Spontané	3230

N ^s	Nom et Age	Bassin D. U.	Date de la Provocation	Durée du Travail	Accouché	Poids
49	B. 26 ans. II pare. 2 For- ceps et em- bryotomie ra- rachidienne.	Bassin aplati, un peu géné- ralement ré- tréci. D. U. = 9,2.	8 mois 1/2	7 h.	Spontané	4050
50	T. 25 ans. II pare. Mort-né, 2.780 gr.	Bassin annelé, généralement rétréci. D. U. = 8,7.	8 mois 1/2	32 h.	Spontané	3110
51	M. 29 ans. IV pare. 1 ^{er} mort-né. 2 ^e normal vi- vant. 3 ^e mort-né. For- ceps.	Bassin rétréci	6 jours avant terme	4 h.	Spontané	4340
52	L. 34 ans. III pare. Forceps sur face. En- fant a vécu 24 heures.	Bassin rétréci. D. U. = 9,5.	8 mois 2/3	24 h.	Spontané	2950
53	V. 32 ans. III geste. 1 ^{er} pro- voqué, vivant, pesant 3.480 gr. 2 ^e fausse- couche de 3 mois.	Bassin aplati, un peu géné- ralement ré- tréci. D. U. = 9.	Avant terme	16 h. 50'	Spontané	2900
54	C. 24 ans. III pare. 1 ^{er} pré- maturé provo- qué, vivant, 2.970 gr. 2 ^e prém provo- qué, vivant, 3.530 gr.	Bassin un peu généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 1/2	18 h. 15'	Spontané	2950
55	R. 31 ans. II pare. 1 ^{er} For- ceps. Vivant. 2 ^e provoqué : vivant, 2.900 gr.	Bassin aplati. D. U. = 8,7.	8 mois 3/4	19 h. 17'	Spontané	2900
56	B. 29 ans. II pare. Version: vivant 2.000 gr.	Bassin aplati, un peu géné- ralement ré- tréci. D. U. = 9,5.	Voisinage du terme	3 h. 2'	Spontané	2800

N ^{os}	Nom et Age	Bassin D. U.	Date de la Provocation	Durée du Travail	Accouché	Poids
57	C. 37 ans. II pare. Forceps: mort-né 4.500 gr.	Bassin aplati, généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 1/2	7 h. 15'	Spontané	3230
58	B. 22 ans. II pare. A terme : vivant 2.650 gr.	Bassin généralement rétréci, canaliculé asymétrique. D. U. = 9.	8 mois 2/3	8 h. 20'	Spontané	3480
59	B. 20 ans. III geste 1 ^{er} à terme : forceps, vivant. 2 ^o Fausse couche de 2 mois. tréci. D. U. = 9.	Bassin aplati, un peu généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 2/3	8 h.	Spontané	3600
60	B. 24 ans. II pare. Forceps: vivant, 3.500 gr.	Bassin aplati, généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 3/4	8 h. 5'	Spontané	3250
61	T. 33 ans. II pare. Forceps: e. mort le 3 ^e jour.	Bassin aplati, un peu généralement rétréci. D. U. = 8,7.	8 mois 1/4	10 h.	Spontané	3100
62	M. 38 ans. VI pare. 1 ^{er} forceps : mort en 24 heures. 2 ^o spontané : mort-né. 3 ^o siège : mort-né. 4 ^o provoqué à 8 mois 1/2 : enfant vivant, mort à 8 mois. 5 ^o provoqué à 8 mois 1/2 : enfant mort à 25 jours.	Bassin aplati, généralement rétréci. D. U. = 9,3.	Voisinage du terme	26 h.	Spontané	2620
63	R. 29 ans. II pare. Provoqué près du terme, enfant vivant, 3.220 gr.	Bassin un peu généralement rétréci de petite femme.	8 mois 1/2	23 h. 30'	Spontané	3020

N ^{os}	Nom et Age	Bassin D. U.	Date de la provocation	Durée du travail	Accouch ^t	Poids
64	P. 27 ans. II pare. Cranio- tomie. 3.520 gr.	Bassin aplati, généralement rétréci. D. U. = 8,7.	8 mois 1/2	19 h.	Version	3460
65	B. 25 ans. II pare. Accouch ^t prem. prov. : Forceps.	Bassin rétréci. D. U. = 8,9.	8 mois 1/3	17 h.	Spontané	3000
66	A. 25 ans. II pare. Accouch ^t prov. à ter- me. 3.150 gr.	Bassin aplati, généralement rétréci canali- culé. D. U. = 9,2.	8 mois 1/2	18 h.	Spontané	3650
67	V. 30 ans. III geste. 1 ^e Fausse cou- che de 3 mois. 2 ^e A terme : mort-né.	Bassin générale- ment rétréci canaliculé. D. U. = 9.	8 mois 1/4	14 h. 25'	Spontané	3100
68	G. 23 ans. II pare.	Bassin générale- ment rétréci. D. U. = 8,7.	8 mois 2/3	11 h. 45'	Spontané	3000
69	S. 39 ans. II pare. Sponta- né. Vivant, 3.700 gr., tra- vail de 56 h.	Bassin aplati, généralement rétréci. D. U. = 9,2.	Voisinage du terme	16 h.	Spontané	2780
70	F. 34 ans. II pare. Forceps. 3.170 gr. mort 24 h. après.	Bassin un peu généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 3/4	22 h	Spontané	3080
71	B. 32 ans. III pare. 2 à ter- me, enfants vivants. 2.800 gr.	Bassin aplati, généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 1/2	16 h. 10'	Spontané	3150
72	M. 34 ans. II pare. Préma- turé provoqué à 8 mois 1/2, vant, 2.540 g.	Bassin aplati, généralement rétréci.	8 mois 1/2	12 h. 20'	Spontané	2800
73	G. 22 ans. II pare. Normal, enfant mort à 1 an.	Bassin rétréci. D. U. = 8,7.	8 mois 1/2	9 h.	Spontané	2810

N ^{os}	Nom et Age	Bassin D. U.	Date de la Provocation	Durée du Travail	Accouch ^t	Poids
74	S. 29 ans. IV pare. 1 ^o forceps : vi- vant 3.400 gr. 2 ^o face : mort à 2 mois. 3 ^o prém. prov. à 8 mois 1/3, vivant, 3.750 gr.	Bassin aplati, généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 1/2	7 h. 20'	Spontané	3620
75	S. D. 27 ans III pare. 1 ^o forceps + version = mort-né. 2 ^o prém. prov. à 2 mois 1/2 = vivant.	Bassin aplati, généralement rétréci. D. U. = 9,5.	8 mois 1/2	6 h. 30'	Spontané	2970
76	S. 23 ans. II pare. A terme: forceps sur enfant 4.000 gr., mort en 48 h.	Bassin aplati, généralement rétréci. D. U. = 8,7.	8 mois 1/2	11 h. 30	Spontané	2950
77	D. II pare.	Bassin aplati, généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 3/4	13 h.	Spontané	3220
78	M. II pare. Prem. prov. à 8 mois 1/2, vi- vant, 3.000 gr.	Bassin aplati, généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 1/3	9 h.	Spontané	3230
79	O. 28 ans. II pare. Prem. prov. à 8 mois 3/4, vivant, 2.330 gr.	Bassin aplati, généralement rétréci. D. U. = 9.	8 mois 1/2	3 h. 30'	Spontané	2750
80	F. 30 ans. III pare. 1 ^o forceps mort à 2 ans. 2 ^o forceps très pénible, 3.500 gr.	Bassin rétréci au détroit in- férieur.	Imprecision des dernières règles	16 h.	Forceps facile	2380

N ^{os}	Nom et Age	Bassin D. U.	Date de la Provocation	Durée du Travail	Accouch ^t	Poids
81	P. 30 ans. IV pare. 1 ^e normal : mort 23 jours. 2 ^e normal : vi- vant. 3 ^e prém. prov. vivant, 3.750 gr.	Bassin de luxa- tion congéni- tale double de la hanche.	8 mois 1/2	22 h. 30'	Spontané	3110
82	K. 27 ans. II pare. Cranio- mie après ten- tative de for- ceps.	Bassin avec deux épines près des si- nus sacro-ilia- ques.	8 mois 1/3	14 h. 10'	Spontané	3540
83	S. 28 ans. III pare. 1 ^e 2 forceps + version = mort-né. 2 ^e version : vi- vant.	Bassin un peu généralement rétréci canali- culé. D. U. = 10.	8 mois 2/3	13 h. 40'	Spontané	3830
84	S. 24 ans. II Prém. prov. à pare. 8 mois 1/2. Mort à 11 mois de mé- ningite.	Bassin rétréci.	8 mois 1/2	14 h. 50'	Spontané	29900
85	L. 40 ans. III geste. 1 ^e spontané à terme : mort à 4 ans, 2.210 gr. 2 ^e Fausse cou- che de 3 mois.	Bassin un peu généralement rétréci.	8 mois 1/2	17 h.	Spontané	2980
86	D. 37 ans. II pare. Mort-né.	Bassin un peu rétréci. Excès de volu- me fœtal.	8 mois 1/2	17 h. 35	Forceps facile	3360
87	D. 20 ans. II pare. A terme : mort né.	Bassin rétréci.	8 mois 1/2	6 h.	Spontané	3500

Nos	Nom et Age	Bassin D. U.	Date de la provocation	Durée du travail	Accouch ^t	Poids
88	R. 32 ans. III pare. 1 ^e forceps = mort-né. 2 ^e prém. prov. à 8 mois 1/2, vivant, 3.50 g.	Bassin rétréci.	8 mois 1/2	7 h.	Spontané	3520
89	G. 37 ans. III geste. 2 fausses cou- ches.	Bassin un peu généralement rétréci.	8 mois 1/2	20 h.	Spontané	2540
90	D. 34 ans. II pare. Craniotomie sur gros en- fant.	Bassin un peu généralement rétréci.	8 mois 1/3	7 h. 30'	Forceps facile	3650

Incidents fœtaux survenus à l'occasion de l'accouchement

Pour ne pas surcharger à l'excès les tableaux ci-dessus, il nous a paru utile de les compléter par l'exposé des différents incidents fœtaux qui furent notés après l'accouchement, mais qui n'ont diminué en rien la vitalité de l'enfant dans les jours qui ont suivi.

Déformations craniennes

OBSERV. 4. --- Enfant né étonné, avec chevauchement des pariétaux sur frontaux présentant des traces de forceps et une paralysie faciale droite, sorti bien portant le neuvième jour.

OBSERV. 24. — Enfant né étonné, avec dépression en gouttière sur pariétal gauche.

OBSERV. 30. — Enfant né étonné avec une dépression en gouttière sur la région temporo-pariétale gauche faite par l'arc antérieur, sorti bien portant le neuvième jour.

OBSERV. 43. — Enfant né étonné, tête dolicocephale, sorti bien portant le dixième jour.

OBSERV. 68. — Enfant né étonné avec une trainée rouge sur la bosse pariétale droite ayant l'air d'avoir été faite par la bougie, sorti bien portant le neuvième jour.

Enfants nés étonnés

OBSERV. 1. — I pare. Période de dilatation : 14 h. 30'. Les bruits du cœur fœtal sont restés réguliers jusqu'à la fixation de la tête, moment où ils se ralentissent et obligent à terminer rapidement l'accouchement. L'enfant né flasque, pâle, a pu être ranimé après 25 minutes par des bains chauds, respiration artificielle et aspiration de mucosités. Il est sorti bien portant le douzième jour, après avoir présenté pendant les premiers jours un peu de tension des fontanelles et quelques mouvements anormaux des paupières et des yeux. Une ponction lombaire avait ramené un liquide légèrement ambré.

OBSERV. 7. — I pare. Rupture précoce des membranes. Enfant présentant un circulaire en écharpe très serré, né en asphyxie blanche, ranimé après 20 minutes et sorti bien portant le dixième jour.

OBSERV. 9. — I pare. Période de dilatation : 22 h. 30'. Enfant né flasque, pâle, crie après 5', sorti bien portant le dixième jour.

OBSERV. 10. — I pare. Rupture artificielle des membranes. Tête engagée en OI DT fléchie. Dégagement s'étant effectué sans rotation en OI DA. Enfant né flasque, pâle, ayant crié après 8'. Sorti bien portant au dix-septième jour, après avoir présenté des crises fréquentes de vomissements traitées par $1/2$ cm³ de lait maternel.

OBSERV. 13. — I pare. Durée totale de la dilatation : 29 h. Application de forceps au DS en OI GT pour insuffisance des contractions après terminaison manuelle de la dilatation. Enfant né étonné, flasque, sorti bien portant le dix-neuvième jour.

OBSERV. 15. — I pare. Enfant né étonné, crie après 10', est sorti bien portant le douzième jour.

OBSERV. 19. — I pare. Application de forceps en OI GA pour contractions insuffisantes. Enfant né flasque, cyanosé, ayant crié après 10' et sorti bien portant le douzième jour.

OBSERV. 20. — I pare. Θ : 38°4 pendant le travail. Enfant né en asphyxie blanche et envoyé à la Crèche des Enfants assistés.

OBSERV. 25. — I pare. Enfant né étonné, crie après 5' et sorti bien portant le onzième jour.

OBSERV. 35. — I pare. Enfant né flasque, pâle, étonné, sorti bien portant le treizième jour.

OBSERV. 36. — I pare. Insuffisance des contractions. Première application de forceps au détroit supérieur sans succès. Deuxième prise permettant l'extraction de l'enfant (déchirure du périnée). Enfant ranimé après 20' par bains chauds et frictions à l'alcool et sorti bien portant le dix-huitième jour.

OBSERV. 37. — I pare. Enfant né flasque et pâle, ranimé après 10' par bains chauds, sorti bien portant. Placenta ayant présenté deux infarctus sur la face maternelle.

OBSERV. 62. — VI pare. Traitement spécifique pendant deux grossesses antérieures. Enfant né cyanosé mis en couveuse et traité par des frictions mercurielles, sorti bien portant le quinzième jour.

OBSERV. 64. — II pare. Insuffisance des contractions. Dilatation manuelle du col version podalique. Manœuvres de Mauriceau et de Champetier. Enfant né flasque cyanosé, ranimé après 10' et sorti bien portant le seizième jour.

OBSERV. 71. — III pare. Enfant né cyanosé, crie 5' après et sorti bien portant le neuvième jour.

OBSERV. 85. — III geste. Enfant né étonné, crie 5' après, et sorti bien portant le vingtième jour.

OBSERV. 86. — II pare. Insuffisance des contractions. Application de forceps facile. Enfant né cyanosé, crie après 5' sorti bien portant le onzième jour.

OBSERV. 89. — III geste. Enfant né flasque, pâle, crie après 5', sorti bien portant le neuvième jour.

Les incidents fœtaux rapportés ci-dessus n'ont paru avoir dans la suite aucune conséquence fâcheuse pour l'enfant, mais, avant d'aborder l'étude des insuccès proprement dits, voici en quelques mots les commentaires que nous ont paru mériter certaines observations précédentes.

OBSERV. 68. — La traînée rouge observée sur la tête de l'enfant est une particularité qui a été rarement rencontrée par M. le Professeur Voron. Ce sillon semble dû au faible espace existant entre la tête fœtale et le bassin maternel.

OBSERV. I. — L'enfant paraît avoir présenté quelques phénomènes méningés qui sont rapidement rentrés dans l'ordre.

OBSERV. 10. — L'enfant assez facilement ranimé a présenté quelques crises de vomissements dus vraisemblablement à une intolérance vis-à-vis du lait maternel, mais qui ne semblent aucunement en rapport avec la méthode d'accouchement elle-même.

OBSERV. 13 et 36.. — La dilatation ayant été facilement obtenue, mais la tête ne progressant pas, on a été obligé de faire, à cause de la souffrance de l'enfant, un forceps difficile, mais prudent. Il est à remarquer qu'il est extrêmement rare que l'on ait eu à

pratiquer une application haute et difficile, intervention que l'on évite de plus en plus dans les maternités lyonnaises.

OBSERV. 37. — Il s'agissait d'une albuminurie grave de la grossesse, ayant résisté au traitement pendant un mois. Le poids de l'enfant à la sortie était de 2.340 grammes. Il semble certain que le manque de développement du nourrisson a eu plutôt pour cause l'albuminurie maternelle que l'accouchement prématuré provoqué.

OBSERV. 62. — Il semble ici encore que la syphilis puisse être mise en cause au moins autant que la prématuration pour expliquer les accidents d'ailleurs légers de cyanose.

En résumé, la moyenne des incidents au cours des 90 accouchements prématurés provoqués ayant donné naissance à des enfants vivants s'établit ainsi :

<i>Déformations craniennes</i> :	Primipares....	6,6 %
	Multipares	5,4 %
<i>Enfants nés étonnés</i> :	Primipares....	26,6 %
	Multipares	10 %

Insuccès

Les dix observations qui vont suivre représentent les cas dans lesquels on n'a pu obtenir un enfant vivant ou bien qui ont nécessité l'adjonction à l'accouchement prématuré provoqué d'une césarienne basse.

Les deux malades qui ont été césarisées l'ont été pour insuffisance de progression de la tête, mais, chez l'une d'elles tout au moins, le vif désir d'avoir un enfant vivant a fait décider l'intervention.

Voici le résumé de ces dix observations :

OBSERV. 91. — B..., 29 ans :

III pare : Premier accouchement : crise d'éclampsie. Forceps sur enfant de 3.030 gr. ayant vécu 20' ;

Deuxième accouchement : prématuré, provoqué à 8 mois 1/2. Rupture précoce des membranes. Enfant pesant 2.940 gr. mort in utéro.

Bassin généralement rétréci, canaliculé de 8 cm, 7 de DU. L'opération césarienne basse étant refusée, malgré avis formel motivé par les risques courus par l'enfant avec toute autre thérapeutique, on provoque l'accouchement à 8 mois 1/4. Mise en place d'une bougie laissée trois jours. A ce moment-là, rupture des membranes et ablation de la bougie. Le col est

dilaté à 2 cm., les douleurs sont faibles et irrégulières. Le 5^e jour, la dilatation ne progresse pas et $\Theta = 38^{\circ}9$. Mise en place d'un ballon de Champetier de Ribes, car du côté utérin il existe une rétraction assez marquée et un début d'infection amniotique.

La dilatation se complète en quelques heures et on fait un forceps dans l'excavation. Enfant mort, pesant 2.670 gr. Durée du travail = 60 h. 30.

Pendant les trois premiers jours des suites de couche la $\Theta = 39^{\circ}5$, puis tout rentre dans l'ordre.

OBSERV. 92. — B..., 40 ans :

III pare : Premier accouchement : spontané = mort-né ;

Deuxième accouchement : forceps = mort-né.

.Bassin aplati, généralement rétréci, annelé, D. U. = 8,5 — 9.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2.

Introduction d'une bougie de Krause déclanchant le travail rapidement. Le lendemain, dilatation complète, mais tête bloquée en haut de l'excavation. Pas de progression pendant deux heures. Au toucher, présentation du front. Application de forceps haute avec lacs. Introduction difficile de la branche postérieure, d'où prise un peu oblique. Durée du travail = 11 h.

Poids de l'enfant : 2.670 gr.

Enfant né en état de mort apparente, ranimé après 30' de manœuvres diverses. La ponction lombaire ramène un liquide sanglant et l'enfant succombe au bout de 7 heures.

OBSERV. 93. — C..., 32 ans :

III pare : Premier accouchement : à terme, forceps,
enfant vivant ;

Deuxième accouchement : à terme. For-
ceps : mort-né.

Bassin aplati et généralement rétréci de 9 cm. de
D.U.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 2/3.

Introduction d'une bougie de Krause, à ce moment,
la tête est au D. S. en O.I.G. Quatre heures après, la
tête est dans l'hypocondre droit ; on enlève la bougie
et l'on fait sans succès une tentative de version par ma-
nœuvres externes. Le lendemain le col est dilaté et le
foetus est en position intermédiaire entre siège et
épaule. Rupture des membranes à ce moment-là.
abaissement d'un pied, et l'on termine l'extraction
avec beaucoup de difficultés, pour le dégagement des
bras et de la tête.

Durée du travail : 19 h. 10.

Poids de l'enfant : 3.180 gr.

Enfant flasque, pâle, n'a pu être ranimé.

OBSERV. 94. — S..., 29 ans :

II pare : Premier accouchement : forceps sur enfant,
3.470 gr.

Bassin aplati et généralement rétréci de 9 cm. de
D. U.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2.

Introduction d'une bougie de Krause. Le lende-
main, travail arrêté de façon complète, on fait un dé-
collement du pôle inférieur de l'œuf et on rompt arti-

ficiellement les membranes. La tête est très haute, mobile au D. S., et fait penser par sa position défléchie à une présentation du front. Version avec extraction du siège assez laborieuse et Champetier vigoureux qui dure plusieurs minutes, pour le dégagement de la tête.

Poids de l'enfant : 3.600 gr.

Enfant flasque, pâle, n'a pu être ranimé. Il présentait une forte dépression au niveau du pariétal droit, avec un léger degré de torsion latérale du crâne.

Ponction lombaire ; liquide sanglant.

OBSERV. 95. — D..., 28 ans :

IV geste : Premier accouchement : forceps : mort-né ;

Deuxième : fausse couche de 4 mois ;

Troisième accouchement spontané à terme :

Enfant de 3.050 gr.

Bassin aplati, généralement rétréci.

Accouchement prématuré provoqué au voisinage du terme.

Introduction d'une bougie qui déclanche le travail 8 heures après. Les bruits du cœur foetal devenant irréguliers avec écoulement de meconium, on fait deux prises de forceps sans succès, suivies d'une craniotomie.

Durée du travail : 29 h. 30.

Poids de l'enfant : 3.500 gr.

OBSERV. 96. — M..., 28 ans :

I pare.

Bassin aplati généralement rétréci, canaliculé de 9 cm. 2 de D. U.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois $\frac{3}{4}$ chez une femme ayant un hydramnios rendant le palper difficile. Pas d'albuminurie constatée à la fin de la grossesse, mais pas d'examen au cours des premiers mois. B. W. négatif.

Introduction d'une bougie qui déclanche le travail 6 heures après. Le lendemain le col est dilaté à 5 cm., mais reste épais et résistant.

Dilatation manuelle. Forceps au bas de l'excavation.

Durée du travail : 54 heures.

Poids de l'enfant : 1.200 gr.

Surface du placenta très réduite, par infarctus blancs.

Enfant né flasque, mort en 21 heures, après des accès de cyanose.

OBSERV. 97. — D..., 21 ans :

I pare.

Bassin aplati un peu, généralement rétréci de D. U. = 9 cm.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois $\frac{1}{3}$, chez une albuminurique.

Introduction d'une première bougie sans résultat. 48 heures après, deuxième bougie qui déclanche le travail en 20 heures. Au moment où l'on retire la bougie, on constate une anse au cordon, on réduit manuellement et on termine la dilatation. Application de forceps au bas de l'excavation.

Poids de l'enfant : 2.520 gr.

Sillon traversant le placenta semblant être fait par la bougie.

Enfant flasque, pâle, n'ayant pu être ranimé.

OBSERV. 98. — Z..., 22 ans.

1 pare.

Bassin aplati et généralement rétréci de 9 cm. de D. U.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois $2/3$.

Accouchement spontané après un travail de 9 h. 45.

Poids de l'enfant : 3.200 gr.

Enfant décédé le 4^e jour. L'autopsie a révélé l'existence d'une hémorragie des capsules surrénales. — B. W. chez la mère légèrement positif.

OBSERV. 99. — A..., 28 ans.

1 pare.

Bassin aplati, généralement rétréci de 8 cm 5 de D. U.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois $1/2$.

Introduction d'une bougie qui déclanche le travail 5 heures après. Malgré la persistance des douleurs et une expectation de 24 heures, la dilatation ne progresse pas, la tête n'appuyant pas sur le col. La malade étant désireuse d'avoir un enfant vivant, on fait une césarienne basse sans incidents.

Poids de l'enfant : 3.050 gr.

Enfant cyanosé, crie après 5' et sorti bien portant le 2^e jour.

OBSER. 100. — P..., 28 ans.

1 pare.

Bassin aplati et généralement rétréci de D.U. = 8,5.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois $3/4$.

Introduction d'une bougie difficile. Le lendemain la tête est au détroit supérieur et débordante. Les con-

tractions devenant exagérées et la progression ne se faisant pas, on décide une césarienne basse.

Poids de l'enfant : 3.450 gr.

Enfant sorti bien portant le 21^e jour.

Quels commentaires peuvent déterminer ces dix observations ? Tout d'abord, peut-on parler d'échec absolu de la méthode pour chacune d'entre elles ?

Il est certain que, pour l'observation 91, ce ne fut qu'après le refus formel de la malade de laisser pratiquer une césarienne basse, motivée par les accouchements antérieurs et la mauvaise qualité du bassin, que l'on pratiqua le déclanchement du travail. Celui-ci fut long et irrégulier, parsemé d'incidents divers, et se termina, un peu comme il était prévu, par l'obitus foetal in utero, malgré un forceps rapide pratiqué *in extremis*. En ce qui concerne l'observation 98, la mort de l'enfant a-t-elle été due à sa prématuration, d'ailleurs légère ? Il est permis d'en douter puisque, après un travail déclanché 3 heures après la mise en place d'une bougie, qui permit l'accouchement après 9 h. 45 de contractions, l'enfant, d'un poids normal, naquit sans aucun incident dystocique. La mort eut lieu le 4^e jour, d'une façon brusque et imprévue, par hémorragies viscérales, principalement marquées au niveau des capsules surrénales. Ne semble-t-il pas s'agir d'une dyscrasie sanguine mal élucidée, ou d'un élément spécifique, la réaction de Bordet-Wassermann chez la mère étant légèrement positive ? Cet enfant, à supposer qu'il ait pu naître à terme dans d'aussi bonnes conditions mécaniques, aurait vraisemblable-

ment présenté des troubles analogues avec des conséquences identiques. Néanmoins, nous avons cru devoir classer cette observation parmi les insuccès, la mort s'étant produite au 4^e jour des suites de couches.

Quant aux césariennes terminant un travail déclanché avant terme, on pourrait les appeler les césariennes de « repêchage », puisque seules elles ont permis de sauver une situation qui paraissait devoir être fatale pour l'enfant dans les deux observations mentionnées plus haut (N^{os} 99 et 100).

Elles ont rendu possible la naissance d'enfants vivants sans que la mère ait eu particulièrement à en pâtir, et ainsi ces nouveaux-nés ne viennent pas alourdir la mortalité de l'accouchement prématuré provoqué. Il est certain que dans ces deux cas le point de départ a été mauvais parce que basé sur une appréciation trop optimiste du bassin. C'est donc un échec de la méthode, mais toutefois sans que cela soit recommandable, on peut avec la césarienne basse redresser une situation dont le début paraissait devoir annoncer une terminaison fâcheuse.

Parmi les autres cas, nous ne relevons qu'une observation où la provocation de l'accouchement a fait naître un enfant trop petit pour survivre, bien que la grossesse ait dépassé 8 mois 1/2. Il s'agit évidemment d'une erreur manifeste de l'appréciation du volume de l'enfant rendue particulièrement difficile en raison d'une hydramnios gênant le palper, mais, d'autre part, on doit remarquer qu'il est exceptionnel d'avoir ainsi un fœtus araignée à quelques jours du

terme calculé sur les bases habituelles. S'agit-il de syphilis, d'albuminurie? Le problème n'a pas été absolument résolu, mais il est hors de doute que ce fœtus doit être considéré comme pathologique. Enfin notons que sur 100 observations, c'est la seule erreur nette, dans des proportions importantes, qui ait été commise sur l'appréciation du poids fœtal.

Dans les 5 autres observations, les enfants sont morts parce que la disproportion entre la tête et le bassin était trop importante.

1° Le fœtus était trop volumineux (observ. 95), car l'accouchement provoqué à terme n'a pas permis la naissance d'un enfant vivant de 3.500 gr., alors que la précédente grossesse avait permis l'accouchement d'un enfant vivant de 3.050 gr. (l'accouchement provoqué 15 jours plus tôt aurait sans doute eu le même résultat favorable que précédemment).

De même dans l'observation 94 où la précédente grossesse avait permis la naissance d'un enfant de 3.470 gr., mais où probablement les diamètres différents de la tête fœtale n'avaient pas déterminé une présentation du front.

2° Dans les 3 autres observations, le poids des enfants était normal ou en dessous de la moyenne et c'est bien à l'occasion d'un accouchement prématuré provoqué que sont morts ces enfants. Ceci même pour l'observation 97 où, malgré la présence d'albumine, nous pensons que c'est bien plutôt la procidence conditionnée par la forme du bassin qui est responsable de l'obitus fœtal.

Interprétation des résultats

Nous venons de constater que l'accouchement prématuré provoqué représente une série d'insuccès qui n'excède pas 10 % parmi lesquels nous notons 8 morts d'enfants, soit une mortalité globale de 8 % se répartissant en 9 % pour les multipares et 7 % pour les primipares. Ces chiffres représentent une statistique nullement expurgée. Nous avons vu, en effet, que pour l'un des cas, la mort foetale étant prévue, l'accouchement prématuré provoqué n'a été pratiqué qu'après refus formel de la césarienne. Pour une deuxième observation enfin, l'enfant n'a succombé que le 4^e jour, au milieu de phénomènes qui paraissent indépendants de la provocation du travail.

La mortalité globale pourrait donc, presque, être ramenée au taux très léger de 6 %.

Quoi qu'il en soit, sans tenir compte de ce dernier chiffre, constatons simplement qu'il est sensiblement égal à celui tiré des tables de mortalité générale des enfants nés par accouchements spontanés dans les services hospitaliers. En effet, tant à la Clinique Obstétricale qu'à la Maternité de la Charité, la mortalité globale (mortinatalité et mortalité primaire) relevée par M. le Professeur agrégé Rhenter, de 1904 à 1918,

a été de 8,3 %. Si nous supprimons de ce chiffre la mortalité pendant la gestation pour ne considérer que celle relevant de la mortalité pendant le travail et les premiers jours, M. Rhenter arrive à 6,1 %.

Enfin, il est incontestable que le pourcentage de décès d'enfants, déterminés directement ou indirectement par l'accouchement prématuré provoqué, est en constante amélioration.

Nous n'en voulons pour précision que la comparaison de notre chiffre de 8 % avec ceux rapportés par M. le Professeur Voron, en 1927, au Congrès de Lyon :

De 1919 à 1924 : Mortalité : 15 %

De 1924 à 1927 : Mortalité : 10 %

Ces derniers résultats paraissent, à peu de chose près, identiques à ceux déterminés par M. Rhenter, en 1922, qui, ayant réuni tous les cas d'accouchements prématurés provoqués pendant une période de 16 années, arrive, sur 125 cas, à une mortalité globale de 13,3 % et qui se réduit à 9 % si l'on envisage seulement les cas où la grossesse a été interrompue à 8 mois 1/2.

Ces chiffres eux-mêmes sont notablement améliorés par rapport aux 23 % rapportés dans la thèse de de Lagenest, représentant la mortalité infantile immédiate ou éloignée des accouchements prématurés provoqués dans le service de Commandeur, de 1903 à 1920.

Disons enfin que 10 % était la proportion à laquelle étaient arrivés, en 1927, comme mortalité fœtale, MM. Anderodias et Balaril, et à l'étranger M. Kouwer. Citons toutefois la statistique de Gammeltoft, à la

même époque, atteignant 6 % comme chiffre de mortalité pour 65 enfants nés par accouchement prématuré provoqué.

Cette amélioration constante du chiffre de mortalité paraît liée directement à deux éléments essentiels :

1° Tout bassin trop redoutable a représenté délibérément une contre-indication à l'accouchement prématuré provoqué. C'est ainsi que, pour ne prendre comme appréciation objective qu'un chiffre précis, nous ne trouvons comme ayant justifié l'accouchement prématuré provoqué, que 12 bassins d'un diamètre utile égal ou très légèrement inférieur à 8 cm 5 (7 multipares et 5 primipares).

2° La date de la mise en travail ne doit pas être inférieure à 8 mois $1/2$, sauf indications spéciales tirées du volume apparemment excessif du fœtus.

Dans nos 100 observations, à part un cas où l'âge de la grossesse n'a pas pu être calculée d'après la loi de Fochier basée sur la date des dernières règles, l'accouchement n'a été déclanché que 3 fois à 8 mois et quart et 8 fois à 8 mois $1/3$.

Ces deux précautions ont permis d'éviter en général le double risque d'un enfant trop gros pour un bassin trop étroit, et celui d'un nouveau-né prématuré débile, dont le potentiel vital est fortement diminué.

Il faut, en effet, que la filière pelvienne puisse admettre sans grandes difficultés un enfant de 2.500 gr. au moins, car, au-dessus de ce chiffre, on peut dire avec M. Bar qu'un enfant de ce poids a une valeur sensiblement égale à celle de l'enfant né à terme.

Voici, en ce qui nous concerne, la moyenne des poids des enfants nés par accouchements prématurés provoqués, rapportés dans nos tableaux synoptiques :

Poids moyen du nouveau-né de primipare : 3.032 grammes ;

Poids moyen du nouveau-né de multipare : 3.151 grammes.

Mis à part, l'enfant de 1.200 gr., mentionné plus haut, nous notons que le plus petit des enfants a été de 2.450 gr. pour les primipares et 2.380 gr. pour les multipares.

Le mode d'accouchement par lequel ces enfants sont venus au monde a été :

1° PRIMIPARES

..

Accouchements spontanés : 32, soit une moyenne de 71,1 %.

Forceps : 11, soit une moyenne de 24,4 %.

Césariennes : 2, soit une moyenne de 4,4 %.

2° MULTIPARES

Accouchements spontanés : 45, soit une moyenne de 81,8 %.

Forceps : 6, soit une moyenne de 12,7 %.

Versions : 3, soit une moyenne de 5,5 %.

Craniotomie après forceps : 1, soit une moyenne de 1,8 %.

Ces 55 multipares avaient eu dans leurs accouchements antérieurs 72 enfants, sur lesquels on comptait :

37 mort-nés, soit une moyenne de.....	51,3 %
17 vivants, soit une moyenne de.....	23,8 %
5 morts après acc. p. p., s. une moyenne de	6,9 %
13 vivants, soit une moyenne de.....	18 %

Les moyennes précédentes montrent que le nombre des accouchements spontanés est plus élevé chez les multipares ainsi qu'il est logique de l'escompter, et que cette circonstance favorable est à opposer au chiffre plus élevé de mortalité (9 %) par rapport au 7 % des primipares.

Ce dernier fait, paradoxal en apparence, est peut-être dû, ainsi que le précisait M. le Professeur Voron, en 1927, à ce que chez les primigestes on tend plutôt à surestimer les chances défavorables. Il en résulte un choix soigneux des cas chez ces dernières et le rejet de l'accouchement prématuré provoqué toutes les fois qu'un maximum de conditions favorables ne paraît pas réuni. L'inverse s'observe chez les multipares où l'on a tendance à forcer un peu plus l'impression optimiste.

En résumé, il paraît résulter de ces quelques considérations, que l'accouchement prématuré provoqué est une méthode non seulement prudente et sage pour la mère, mais encore satisfaisante pour l'enfant lorsqu'elle est appliquée avec juste discernement.

Sans aucun doute, un certain nombre de ces enfants seraient nés à terme aussi facilement que quelques jours avant. On peut objecter que leur valeur est, dans l'ensemble, égale à celles qu'ils auraient eue et que, d'autre part, la terminaison de la grossesse reste toujours imprécise, l'existence de bassins à capacité par-

parturiente limitée étant indéniable. Pour ceux-ci, un enfant de 2.500 à 3.000 grammes passe normalement, mais il succombe à 3.500 gr. par suite des difficultés mécaniques rencontrées pour son accouchement.

Enfin tous les auteurs accordent à la césarienne basse une certaine mortalité infantile d'un minimum de 2 %, dû à l'épreuve du travail pendant laquelle l'enfant peut souffrir et succomber de diverses manières.

L'hystérotomie, même segmentaire, indépendamment de la morbidité ou mortalité maternelle plus élevée, ne résoud donc pas tous les cas de dystocies pelviennes, au point de vue de la sauvegarde maxima des intérêts de l'enfant.

Il paraît donc bien exister, à côté de bassins indiscutablement chirurgicaux, d'autres cas où l'accouchement prématuré provoqué semble devoir donner le maximum de garanties pour la mère et même pour l'enfant. Nous terminerons en disant que ces deux interventions, césarienne basse et accouchement prématuré provoqué, se complètent heureusement, car, avec des indications différentes et nullement concurrentes, l'une a permis de notables progrès à l'autre. Ayant la possibilité de mieux sélectionner ses cas, l'accoucheur craindra moins pour la vie d'un enfant lorsque la mère se présentera avec un de ces bassins que l'Ecole lyonnaise baptise du nom de bassin à limite inférieure. Il n'aura plus besoin de précipiter la provocation de l'accouchement, l'épreuve du travail lui permettant de fixer d'une manière précise la capacité parturiente du bassin considéré ; notion dont profitera la malade pour les grossesses ultérieures.

De ces quelques considérations, et surtout de l'amélioration constante du poids et de la vitalité des enfants nés par accouchement prématuré provoqué, qui se rapproche des nouveau-nés à terme, il résulte que si cette méthode ne doit pas être trop compréhensive, elle mérite pleinement de garder sa place dans la thérapeutique des dystocies pelviennes.

Conclusions

I. — Sur 100 enfants, mis au monde par accouchement prématuré provoqué, représentant une période de plus de trois ans à la Clinique Obstétricale de la Faculté de Médecine de Lyon, le poids moyen de ces enfants a été :

3.032 grammes chez les primipares

3.151 grammes chez les multipares

II. — Deux fois seulement sont nés des enfants de moins de 2.500 gr. et cela dans la faible proportion de 2.380 à 2.450 gr. Une fois seulement, par suite de difficultés considérables du palper et d'un état pathologique maternel, une erreur d'interprétation a été commise et entraîné la naissance d'un enfant de 1.200 grammes.

III. — La mise en travail tendant à obtenir des enfants de poids suffisant a été, en général, pratiquée à 8 mois et demi et au-dessus. Dans trois cas seulement la mise en travail a été déclanché vers 8 mois $1/4$, à cause du volume de l'enfant.

IV. — Les accouchements spontanés furent dans la proportion de :

71,1 % chez les primipares

81,8 % chez les multipares

La proportion d'intervention a été :

Forceps 24,4 %

1° Chez les primipare : Version 0

Césariennes basses .. 4,4 %

Forceps 12,7 %

2° Chez les multipares : Version 5,5 %

Craniotomie 1,8 %

V. — Enfin, la mortalité générale des enfants ainsi obtenus, tant à la naissance que dans les douze jours qui ont suivi a été de :

7 % chez les primipares

9 % chez les multipares

soit une mortalité globale de 8 %.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 31 Octobre 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

POUR LE RECTEUR :

Le Doyen délégué,
GRIGNARD,

Bibliographie

Nous n'avons mentionné que les principales références bibliographiques des travaux publiés avant 1927. Pour les autres publications antérieures à cette date, se reporter à la bibliographie très complète, du rapport de M. le Professeur Brouha.

ANDERODIAS et BALARD. — Congrès de l'Association de gynécologie et obstétrique, oct. 1927. (*In Annales gynécologie et obstétrique* A. 1927, T. XVI N° 5, p. 385).

BROUHA. — Indications de l'interruption de la grossesse pour les viciations pelviennes. Rapport au Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, Lyon, 1^{er} octobre 1927 (*In Annales de gynécologie et obstétrique*, T. XVI, N° 3, p. 205, oct. 1927).

COMMANDEUR et RHENTER. — Mortinatalité et natalité primaire des nouveaux-nés à la Clinique Obstétricale et à la Maternité de la Charité de 1904 à 1918 (*In Journ. de Méd. de Lyon*, 5 avril 1924 N° 102, p. 191).

ESMANN. — Sur 65 cas d'accouchements prématurés provoqués dans les bassins retrécis (*In Annales de gynécologie et obstétrique*, 1928, T. XVIII, page 401).

FABRE. — *Précis d'obstétrique.*

GAMMELTOFT. — Résultats de l'accouchement prématuré provoqué dans les bassins rétrécis (*Annales de gynécologie et obstétrique*, T. XVIII, page 387).

GUIBERT. — Valeur sociale de l'enfant né par accouchement prématuré provoqué dans le cas de bassin rétréci (*Thèse*, Lyon 1910).

HAUCH. — Sur l'accouchement prématuré provoqué dans les cas de dystocie (*Annales de gynécologie et obstétrique*, 1928, T. XVIII, p. 392).

LAGENEST (DE). — Etude statistique sur les accouchements prématurés provoqués pour viciations pelviennes, pratiquées à la Maternité de la Charité de 1903 à 1920 (*Thèse* Lyon, avril 1920).

RHENTER. — Traitement des dystocies pelviennes, et en particulier sur les accouchements prématurés provoqués à la Clinique Obstétricale de la Faculté de Lyon, de 1904 à 1920 (*In. Annales de gynécologie et obstétrique*, T. VI, N° 1, pages 10-36, juillet 1922).

— Congrès de l'Association de gynécologie et obstétrique (*In. Annales de gynécologie et obstétrique*, 1927, T. XVI, N° 5, p. 384).

VORON. — *Pratique de l'art des accouchements* (Chap. des viciations pelviennes).

— Congrès de l'Association de gynécologie et obstétrique (*In. Annales gynécologie et obstétrique*, 1927, T. XVI, N° 5, p. 385).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Données générales	11
Incidents fœtaux survenus à l'occasion de l'accouchement	25
Insuccès	31
Interprétation des résultats	41
Conclusions.....	49
Bibliographie	51



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU
1 42, QUAI GAILLETON ,
4 0 0 0 LYON 0 0 0 0



